

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Pflegetagegeldversicherung MediP

(Stand: 01.01.2014)

Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

(gilt nur in Verbindung mit Teil I Allgemeine Bedingungen AB/PV 2009 und Teil II Tarifbedingungen TB/PV 2009)

Aufnahmefähigkeit/Versicherungsfähigkeit

Erläuterung

Aufnahmefähig sind Personen, die zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses in der deutschen Pflegepflichtversicherung (soziale Pflegeversicherung oder private Pflegepflichtversicherung) versichert sind. Die Tarife MediP 0 bis MediP 3 und MediP EZ können bestehen bleiben, wenn die versicherte Person nach Abschluss des Versicherungsvertrages in der deutschen Pflegepflichtversicherung nicht mehr versicherungspflichtig ist. Die Tarife MediP 1 und MediP 2 sind unselbständige Tarife. Tarif MediP 1 kann nur zu dem beim Versicherer bestehenden Tarif MediP 2 und Tarif MediP 3 abgeschlossen werden. Tarif MediP 2 kann nur zu dem beim Versicherer bestehenden Tarif MediP 3 abgeschlossen werden. Der Versicherungsschutz nach Tarif MediP 1 oder Tarif MediP 2 endet auch für laufende Versicherungsfälle mit Beendigung des Tarifs MediP 3. Außerdem endet der Versicherungsschutz nach Tarif MediP 1 auch für laufende Versicherungsfälle mit Beendigung des Tarifs MediP 2.

Die Tarife MediP 0, MediP 3 und MediP EZ können selbständig abgeschlossen werden.

A. Tarifleistungen

1. Leistungen des Versicherers/Beginn der Leistungspflicht

Abweichend von § 6 Abs. 1 AB/PV 2009 gilt:

Der Versicherungsnehmer erhält die Leistungen auf Antrag. Die Leistungen werden ab dem Zeitpunkt erbracht, in dem die Anspruchsvoraussetzungen der deutschen Pflegepflichtversicherung vorliegen (vgl. Abschnitt B. 1).

2. Versicherungsschutz/Abschließbare Tarife

Pflegetagegeld bei erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz

2.1 Tarif MediP 0 leistet

- **100 %** des vereinbarten Pflegetagegeldes bei festgestellter erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz (§ 45a SGB XI). Sobald die Voraussetzungen der Pflegestufen I, II oder III erfüllt sind, endet die Leistungspflicht aus Tarif MediP 0.

Pflegetagegeld bei ambulanter häuslicher Pflege

2.2 Tarif MediP 1 leistet

- **100 %** des vereinbarten Pflegetagegeldes bei **ambulanter Pflege** zu Hause für die Dauer der Zuordnung in Pflegestufe I.

2.3 Tarif MediP 2 leistet

- **100 %** des vereinbarten Pflegetagegeldes bei **ambulanter Pflege** zu Hause für die Dauer der Zuordnung in Pflegestufe II.

2.4 Tarif MediP 3 leistet

- **100 %** des vereinbarten Pflegetagegeldes bei **ambulanter Pflege** zu Hause für die Dauer der Zuordnung in Pflegestufe III und

Pflegetagegeld bei vollstationärer Pflege

- **100 %** des vereinbarten Pflegetagegeldes bei **vollstationärer Pflege** für die Pflegestufen I, II und III. Voraussetzung dafür ist, dass die vollstationäre Pflege durch den Medizinischen Dienst der deutschen Pflegepflichtversicherung empfohlen und von der versicherten Person in Anspruch genommen wird.

Einmalzahlung bei erstmaligem Eintritt einer Pflegebedürftigkeit

2.5 Tarif MediP EZ leistet

- **100 %** der vereinbarten Einmalzahlung bei **erstmaliger Feststellung** einer Pflegebedürftigkeit nach den Pflegestufen I, II oder III.

Mit Auszahlung der vereinbarten Einmalzahlung endet Tarif MediP EZ. Eine gesonderte Erklärung des Versicherungsnehmers ist nicht erforderlich.

- 3. Versicherungshöhe**
- 3.1 Das Pfl egetagegeld kann in einer Höhe von 1 EUR oder einem Vielfachen hiervon versichert werden. Es gelten die in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Höchstgrenzen.
- 3.2 Die Höhe des Pfl egetagegeldes des Tarifs MediP 1 darf nicht höher sein als die Absicherung des Tarifs MediP 2. Der Tarif MediP 2 darf kein höheres Pfl egetagegeld umfassen als der Tarif MediP 3.
- 3.3 Die Einmalzahlung kann in einer Höhe von 500 EUR oder einem Vielfachen hiervon versichert werden. Es gilt die in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegte Höchstgrenze.
- 4. Vorübergehende vollstationäre Kurzzeitpflege**
- Bei nachgewiesener vorübergehender vollstationärer Kurzzeitpflege im Sinne des § 42 Abs. 1 SGB XI leistet Tarif MediP 3 im vereinbarten Umfang. Die Leistung für vorübergehende vollstationäre Kurzzeitpflege wird aus dem Tarif MediP 3 maximal solange erbracht, wie Anspruch auf die entsprechende Leistung aus der deutschen Pflegepflichtversicherung besteht. Solange Tarif MediP 3 für vorübergehende vollstationäre Kurzzeitpflege leistet, bestehen keine Pfl egetagegeldansprüche aus Tarif MediP 1 und Tarif MediP 2.
- 5. Soforthilfe bei zeitlich begrenzter Pflege nach Unfall**
- Der Versicherer leistet ein Pfl egetagegeld als **Soforthilfe** aus Tarif MediP 0 im vereinbarten Umfang bis zu 28 Tage im Kalenderjahr. Diese Leistung wird unabhängig von der Zuordnung einer Pflegestufe dann erbracht, wenn die versicherte Person
- in Folge eines Unfalls (vgl. Abschnitt B. 5),
 - stationär behandelt werden muss und daran anschließend
 - der in Deutschland niedergelassene behandelnde Arzt eine häusliche Pflege durch einen ambulanten Pflegedienst anräth.
- Eine Leistung wird nicht erbracht, wenn zum Zeitpunkt der beantragten Soforthilfe bereits Pflegeleistungen aus der deutschen Pflegepflichtversicherung in Anspruch genommen werden.
- 6. Suchterkrankung, Krankenhausbehandlung, Kur und Rehabilitationsmaßnahmen**
- Abweichend von § 5 Abs. 1 b AB/PV 2009 wird im Umfang des vereinbarten Tarifs MediP geleistet, wenn die Pflegebedürftigkeit ganz oder teilweise auf eine Suchterkrankung zurückzuführen ist.
- Abweichend von § 5 Abs. 1 e AB/PV 2009 wird das vereinbarte Pfl egetagegeld während einer
- vollstationären Heilbehandlung im Krankenhaus,
 - einer stationären Rehabilitationsmaßnahme oder
 - einer Kurbehandlung
- ohne Unterbrechung zur Verfügung gestellt.
- 7. Beitragsbefreiung im Leistungsfall**
- Bei Pflegebedürftigkeit ab Pflegestufe I endet die Beitragszahlung für die von der versicherten Person abgeschlossenen Tarife MediP mit Ablauf des Monats, in dem die Pflegebedürftigkeit durch den Medizinischen Dienst der deutschen Pflegepflichtversicherung festgestellt wird. Die Beitragsbefreiung endet mit Ablauf des Monats, in dem keine Pflegebedürftigkeit nach Pflegestufe I, II oder III mehr vorliegt.
- 8. Anpassung**
- a) Dynamische Anpassung des Pfl egetagegeldes/ Widerspruch**
- Der Versicherer erhöht das Pfl egetagegeld ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeiten planmäßig in Zeitabständen von jeweils drei Kalenderjahren (vgl. zur Definition des Versicherungsjahres § 8 Abs. 1.1 TB/PV 2009), sofern die versicherte Person am Stichtag der Leistungsanpassung
- das 21. Lebensjahr vollendet hat,
 - keine Leistungen bei der deutschen Pflegepflichtversicherung beantragt hat,
 - keine Einstufung in eine Pflegestufe erfolgt ist bzw. keine eingeschränkte Alltagskompetenz festgestellt wurde.
- Die Anpassung des versicherten Pfl egetagegeldes erfolgt im Rahmen der in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Höchstgrenzen. Das Pfl egetagegeld wird je Anpassung um 10 % des zuletzt vereinbarten Tagessatzes erhöht. Die Anpassung beträgt (jedoch) mindestens 1 EUR oder ein Vielfaches hiervon.
- Vereinbarte Beitragszuschläge werden im gleichen Verhältnis erhöht wie der Tarifbeitrag.
- Der Versicherungsnehmer erhält über die Erhöhung des Pfl egetagegeldes einen Nachtrag zum Versicherungsschein, der die neue monatliche Beitragsrate und die Tagegeldstufe ausweist.
- Der Versicherungsnehmer hat das Recht, der Erhöhung innerhalb eines Monats nach Wirksamwerden des neuen Beitrages in Textform zu widersprechen. Macht der Versicherungsnehmer für die versicherte Person von zwei aufeinanderfolgenden Anpassungen keinen Gebrauch, so erlischt der Anspruch auf künftige dynamische Anpassungen für diese versicherte Person.
- Hat der Versicherungsnehmer in den letzten 12 Monaten vor einer Anpassung nach Abschnitt A. 8 das Pfl egetagegeld mindestens einmal in den Tarifen MediP 0 oder MediP 1 oder MediP 2 oder MediP 3 erhöht, unterbleibt eine Teilnahme an der darauffolgenden dynamischen Anpassung (Abschnitt A. 8a).
- b) Leistungsdynamik bei Pflegebedürftigkeit**
- Der Versicherer erhöht das Pfl egetagegeld ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeiten planmäßig in Zeitabständen von jeweils fünf Kalenderjahren (vgl. zur Definition des Versicherungsjahres § 8 Abs. 1.1 TB/PV 2009), sofern am Stichtag der Leistungsanpassung
- die versicherte Person das 21. Lebensjahr vollendet hat,
 - eine Pflegebedürftigkeit gemäß Pflegestufe I, II oder III vorliegt und
 - Leistungen aus den Tarifen MediP 1, MediP 2 oder MediP 3 bezogen werden.

Erstmals findet die Erhöhung fünf Kalenderjahre nach Beginn der Leistungspflicht in den Tarifen MediP 1, MediP 2 oder MediP 3 statt. Voraussetzung hierfür ist, dass die versicherte Person ununterbrochen pflegebedürftig war.

Die Anpassung des versicherten Pflageetagegeldes erfolgt im Rahmen der in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Höchstgrenzen. Das Pflageetagegeld wird je Anpassung um 5 % des zuletzt vereinbarten Tagessatzes erhöht. Die Anpassung beträgt mindestens 1 EUR oder ein Vielfaches hiervon. Die Tagegeldhöhe des Tarifs MediP 0 wird nicht angepasst.

9. Anpassung bei Gesetzesänderung

Verändert sich die gesetzliche Definition der Pflegebedürftigkeit, hat der Versicherungsnehmer das Recht, ein Angebot auf Umstellung in einen neuen Pflageetagegeldtarif zu verlangen. Voraussetzung hierfür ist, dass der Versicherer einen entsprechenden neuen Tarif anbietet und das Pflageetagegeld im neuen Tarif die Höhe des bisher versicherten Pflageetagegeldes nicht übersteigt. Entsprechendes gilt für die Veränderung der Definition der erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz. Der Wechsel in einen neuen Tarif wird keine erneute Gesundheitsprüfung voraussetzen.

10. Optionsrecht/Nachversicherung bei Eintritt eines Ereignisses (z.B. Tod, Heirat, Geburt)

Recht auf Erhöhung des Pflageetagegeldes (Optionsrecht)

Eine Erhöhung des versicherten Pflageetagegeldes im Rahmen der in Abschnitt A. 3 festgelegten Höchstgrenzen ist ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeiten möglich, wenn

- die versicherte Person nach Abschluss des Tarifs MediP das 50. Lebensjahr vollendet hat,
- die versicherte Person Tarif MediP zum Zeitpunkt der Antragstellung 5 Jahre (vgl. zur Definition des Versicherungsjahres § 8 Abs. 1.1 TB/PV 2009) versichert hat,
- die versicherte Person Tarif MediP zum Zeitpunkt der Antragstellung 10 Jahre (vgl. zur Definition des Versicherungsjahres § 8 Abs. 1.1 TB/PV 2009) versichert hat.

Das Recht zur Erhöhung besteht für die versicherte Person auch

- bei Geburt oder Adoption eines Kindes,
- bei Tod eines leiblichen oder adoptierten Kindes,
- bei Tod des Ehepartners oder Lebenspartners gemäß Lebenspartnerschaftsgesetz,
- bei Heirat oder Schließung einer Lebenspartnerschaft gemäß Lebenspartnerschaftsgesetz,
- bei Scheidung oder dauerhafter Trennung vom Ehepartner.

Die Erhöhung ist jeweils begrenzt auf maximal 20% des in den Tarifen MediP 0, MediP 1, MediP 2 oder MediP 3 zum Zeitpunkt der Antragstellung vereinbarten Pflageetagegeldes.

Recht auf Nachversicherung

Zu folgenden Zeitpunkten kann eine Nachversicherung einer bestehenden oder eine erstmalige Absicherung in den Tarifen MediP 0, MediP 1 und MediP 2 bis zur Höhe des zum Zeitpunkt der Antragstellung abgeschlossenen Pflageetagegeldes des Tarifs MediP 3 erfolgen:

1. Zum vollendeten 50. Lebensjahr.
2. Zum Zeitpunkt des erstmaligen Bezugs einer Rente wegen Alters aus der gesetzlichen Rentenversicherung (= Rentenbeginn). Diese Erhöhungsoption erlischt mit Vollendung des 67. Lebensjahres.

Hinsichtlich der Absicherung im Tarif MediP 0 sind die in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Höchstsätze zu berücksichtigen.

Der Rente wegen Alters aus der gesetzlichen Rentenversicherung sind Altersrenten aus berufsständischen Versorgungswerken und Altersruhegehälter (Beamtenpensionen) gleichgestellt. Das Optionsrecht zum Rentenbeginn kann nur einmalig ausgeübt werden, unabhängig davon, ob Ansprüche gegen mehrere Versorgungseinrichtungen bestehen.

Der Antrag auf Erhöhung oder Nachversicherung des Pflageetagegeldes muss spätestens sechs Monate nach Eintritt des Ereignisses beim Versicherer eingegangen sein. Die Erhöhung wird zum 01. des Monats wirksam, der auf die Antragstellung folgt.

Wegfall des Options- und Nachversicherungsrechts

Eine Erhöhung bzw. Nachversicherung ist ausgeschlossen, wenn zum Zeitpunkt der Antragstellung

- ein Antrag auf Anerkennung einer Pflegebedürftigkeit bei der deutschen Pflegepflichtversicherung vorliegt,
- Pflegeleistungen aus der deutschen Pflegepflichtversicherung bereits erbracht werden oder in der Vergangenheit in Anspruch genommen wurden,
- die versicherte Person das 67. Lebensjahr vollendet hat.

B. Begriffsbestimmung/Umfang der Leistungspflicht

- 1. Pflegebedürftigkeit**

Soweit die Leistungspflicht des Versicherers nach Tarif MediP Pflegebedürftigkeit voraussetzt, sind die Feststellungen des Medizinischen Dienstes der deutschen Pflegepflichtversicherung

 - zu einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz im Sinne des § 45a SGB XI (s. Anhang),
 - oder für eine Einstufung in die Pflegestufen I bis III gemäß §§ 14, 15 SGB XI (s. Anhang)

maßgeblich. Sofern die versicherte Person zum Zeitpunkt des Leistungsantrags nicht in der deutschen Pflegepflichtversicherung versicherungspflichtig ist (vgl. Abschnitt B. 4.), wird der Versicherer einen Gutachter beauftragen, der die Pflegebedürftigkeit oder die erhebliche Einschränkung der Alltagskompetenz nach Maßgabe des Sozialgesetzbuches (SGB XI) feststellt. Die durch diese Begutachtung entstehenden Mehrkosten trägt der Versicherungsnehmer.
- 2. Nachweispflicht**

Abweichend von § 4 Abs. 2.1, § 9 Abs. 1.1 TB/PV 2009 verzichtet der Versicherer auf die Einhaltung der regelmäßigen dreimonatigen Nachweispflicht über die Fortdauer der Pflegebedürftigkeit durch ärztliche Bescheinigungen. Der Nachweis über Änderungen der Pflegestufe bleibt hiervon unberührt.

Sollte eine vollstationäre Pflege nicht mehr in Anspruch genommen oder nicht mehr vom Medizinischen Dienst empfohlen werden, ist dies dem Versicherer unverzüglich mitzuteilen (vgl. Abschnitt A. 2).

Das gleiche gilt, wenn eine häusliche Pflege durch einen ambulanten Pflegedienst nicht mehr angeraten ist (vgl. Abschnitt A. 5).
- 3. Wartezeiten**

Abweichend von § 3 AB/PV 2009 verzichtet der Versicherer auf die Einhaltung der Wartezeit.
- 4. Weltgeltung**

Abweichend von § 1 Abs. 11 und § 15 Abs. 4 AB/PV 2009 besteht Versicherungsschutz nach Tarif MediP weltweit. Für den Nachweis der Pflegebedürftigkeit der versicherten Person gelten die §§ 9 und 10 AB/PV 2009 sowie Abschnitt B. 1 und B. 2.
- 5. Unfallbegriff**

Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.

Als Unfall gilt auch, wenn durch eine erhöhte Kraftanstrengung an Gliedmaßen oder Wirbelsäule

 - ein Gelenk verrenkt wird
 - oder Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln gezerrt oder zerrissen werden,

oder wenn durch eine Eigenbewegung der versicherten Person an Gliedmaßen oder Wirbelsäule

 - ein Gelenk verrenkt wird,
 - Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln gezerrt oder zerrissen werden,
 - Menisken oder sonstige Knorpel geschädigt werden,
 - Knochenbrüche entstehen.

Gesundheitsschädigungen, die die versicherte Person bei der rechtmäßigen Verteidigung oder der Bemühung zur Rettung von Menschenleben oder Sachen erleidet, gelten als unfreiwillig und fallen somit unter den Versicherungsschutz.

C. Beiträge Beitragsberechnung

1. Für die Höhe der Beiträge ist das bei Beginn des Versicherungsvertrages erreichte Alter (Anzahl der vollendeten Lebensjahre) des Versicherten maßgebend.
2. Sobald eine versicherte Person das 16. bzw. 21. Lebensjahr vollendet hat, ist ab Beginn des folgenden Monats der nächsthöheren Altersgruppe entsprechende Beitrag zu zahlen.
3. Die monatliche Beitragsrate ergibt sich aus dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtragsversicherungsschein.

Anhang II: Auszug aus dem Sozialgesetzbuch (SGB), Elftes Buch (XI), Soziale Pflegeversicherung

§ 14

Begriff der Pflegebedürftigkeit

- (1) Pflegebedürftig im Sinne dieses Buches sind Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße (§ 15) der Hilfe bedürfen.
- (2) Krankheiten oder Behinderungen im Sinne des Absatzes 1 sind:
 1. Verluste, Lähmungen oder andere Funktionsstörungen am Stütz- und Bewegungsapparat,
 2. Funktionsstörungen der inneren Organe oder der Sinnesorgane,
 3. Störungen des Zentralnervensystems wie Antriebs-, Gedächtnis- oder Orientierungsstörungen sowie endogene Psychosen, Neurosen oder geistige Behinderungen.
- (3) Die Hilfe im Sinne des Absatzes 1 besteht in der Unterstützung, in der teilweisen oder vollständigen Übernahme der Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens oder in Beaufsichtigung oder Anleitung mit dem Ziel der eigenständigen Übernahme dieser Verrichtungen.
- (4) Gewöhnliche und regelmäßig wiederkehrende Verrichtungen im Sinne des Absatzes 1 sind:
 1. im Bereich der Körperpflege das Waschen, Duschen, Baden, die Zahnpflege, das Kämmen, Rasieren, die Darm- oder Blasenentleerung,
 2. im Bereich der Ernährung das mundgerechte Zubereiten oder die Aufnahme der Nahrung,
 3. im Bereich der Mobilität das selbständige Aufstehen und Zu-Bett-Gehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen oder das Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung,
 4. im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung das Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung oder das Beheizen.

§ 15

Stufen der Pflegebedürftigkeit

- (1) Für die Gewährung von Leistungen nach diesem Gesetz sind pflegebedürftige Personen (§ 14) einer der folgenden drei Pflegestufen zuzuordnen:
 1. Pflegebedürftige der Pflegestufe I (erheblich Pflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für wenigstens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen mindestens einmal täglich der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.
 2. Pflegebedürftige der Pflegestufe II (Schwerpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.
 3. Pflegebedürftige der Pflegestufe III (Schwerstpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität täglich rund um die Uhr, auch nachts, der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.

Für die Gewährung von Leistungen nach § 43a reicht die Feststellung, dass die Voraussetzungen der Pflegestufe I erfüllt sind.
- (2) Bei Kindern ist für die Zuordnung der zusätzliche Hilfebedarf gegenüber einem gesunden gleichaltrigen Kind maßgebend.
- (3) Der Zeitaufwand, den ein Familienangehöriger oder eine andere nicht als Pflegekraft ausgebildete Pflegeperson für die erforderlichen Leistungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt, muss wöchentlich im Tagesdurchschnitt
 1. in der Pflegestufe I mindestens 90 Minuten betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mehr als 45 Minuten entfallen,
 2. in der Pflegestufe II mindestens drei Stunden betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mindestens zwei Stunden entfallen,
 3. in der Pflegestufe III mindestens fünf Stunden betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mindestens vier Stunden entfallen.

Bei der Feststellung des Zeitaufwandes ist ein Zeitaufwand für erforderliche verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen zu berücksichtigen; dies gilt auch dann, wenn der Hilfebedarf zu Leistungen nach dem Fünften Buch führt. Verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen sind Maßnahmen der Behandlungspflege, bei denen der behandlungspflegerische Hilfebedarf untrennbarer Bestandteil einer Verrichtung nach § 14 Abs. 4 ist oder mit einer solchen Verrichtung notwendig in einem unmittelbaren zeitlichen und sachlichen Zusammenhang steht.

§ 42
Kurzzeitpflege

- (1) Kann die häusliche Pflege zeitweise nicht, noch nicht oder nicht im erforderlichen Umfang erbracht werden und reicht auch teilstationäre Pflege nicht aus, besteht Anspruch auf Pflege in einer vollstationären Einrichtung. Dies gilt:
 1. für eine Übergangszeit im Anschluss an eine stationäre Behandlung des Pflegebedürftigen oder
 2. in sonstigen Krisensituationen, in denen vorübergehend häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich oder nicht ausreichend ist.
 - (2) Der Anspruch auf Kurzzeitpflege ist auf vier Wochen pro Kalenderjahr beschränkt.
- ...

§ 45a
Berechtigter Personenkreis

- (1) Die Leistungen in diesem Abschnitt betreffen Pflegebedürftige in häuslicher Pflege, bei denen neben dem Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung (§§ 14 und 15) ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung gegeben ist. Dies sind
 1. Pflegebedürftige der Pflegestufen I, II und III sowie
 2. Personen, die einen Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung haben, der nicht das Ausmaß der Pflegestufe I erreicht, mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, geistigen Behinderungen oder psychischen Erkrankungen, bei denen der Medizinische Dienst der Krankenversicherung oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter im Rahmen der Begutachtung nach § 18 als Folge der Krankheit oder Behinderung Auswirkungen auf die Aktivitäten des täglichen Lebens festgestellt haben, die dauerhaft zu einer erheblichen Einschränkung der Alltagskompetenz geführt haben.
- (2) Für die Bewertung, ob die Einschränkung der Alltagskompetenz auf Dauer erheblich ist, sind folgende Schädigungen und Fähigkeitsstörungen maßgebend:
 1. unkontrolliertes Verlassen des Wohnbereiches (Weglauff Tendenz);
 2. Verkennen oder Verursachen gefährdender Situationen;
 3. unsachgemäßer Umgang mit gefährlichen Gegenständen oder potenziell gefährdenden Substanzen;
 4. tötlich oder verbal aggressives Verhalten in Verkennung der Situation;
 5. im situativen Kontext inadäquates Verhalten;
 6. Unfähigkeit, die eigenen körperlichen und seelischen Gefühle oder Bedürfnisse wahrzunehmen;
 7. Unfähigkeit zu einer erforderlichen Kooperation bei therapeutischen oder schützenden Maßnahmen als Folge einer therapieresistenten Depression oder Angststörung;
 8. Störungen der höheren Hirnfunktionen (Beeinträchtigungen des Gedächtnisses, herabgesetztes Urteilsvermögen), die zu Problemen bei der Bewältigung von sozialen Alltagsleistungen geführt haben;
 9. Störung des Tag-/Nacht-Rhythmus;
 10. Unfähigkeit, eigenständig den Tagesablauf zu planen und zu strukturieren;
 11. Verkennen von Alltagssituationen und inadäquates Reagieren in Alltagssituationen;
 12. ausgeprägtes labiles oder unkontrolliert emotionales Verhalten;
 13. zeitlich überwiegend Niedergeschlagenheit, Verzagttheit, Hilflosigkeit oder Hoffnungslosigkeit aufgrund einer therapieresistenten Depression.

Die Alltagskompetenz ist erheblich eingeschränkt, wenn der Gutachter des Medizinischen Dienstes oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter bei dem Pflegebedürftigen wenigstens in zwei Bereichen, davon mindestens einmal aus einem der Bereiche 1 bis 9, dauerhafte und regelmäßige Schädigungen oder Fähigkeitsstörungen feststellen. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen beschließt mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. unter Beteiligung der kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene, der maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen auf Bundesebene und des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen in Ergänzung der Richtlinien nach § 17 das Nähere zur einheitlichen Begutachtung und Feststellung des erheblichen und dauerhaften Bedarfs an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung.

